

**Formulaire d'opposition patient**

**à l'utilisation des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins  
pour la recherche, les études et l'évaluation**

A l'intention des Titulaires de l'autorité parentale

Nous soussigné,

Mme, Mr

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Parent  Responsable légal

Mme, Mr

Nom usuel : .....

Nom de naissance :

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Parent  Responsable légal

Cocher les mentions utiles :

- Nous opposons, hors obligation légale, à l'utilisation, pour la recherche, les études et l'évaluation, des données de santé à caractère personnel recueillies dans le cadre des soins au Centre Hospitalier de Bligny :

Du mineur : Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Nous opposons à être recontactés pour participation du mineur nommé ci-dessus, à un protocole de recherche :

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

Signature :

Joindre une photocopie des pièces d'identité officielle<sup>1</sup> des titulaires de l'autorité parentale (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour) ainsi qu'une photocopie du justificatif de l'autorité parentale (copie du livret de famille, de jugement ou d'acte de communauté de vie).

A adresser à : **Délégué à la Protection de Données (DPD)**

**Centre Hospitalier de Bligny**

**Rue de BLIGNY**

**91640 Briis-sous-Forges**

Ou par mail : **dpd@chbligny.fr**

*1/les copies d'un titre d'identité et du justificatif de l'autorité parentale sont demandées afin de s'assurer de l'identité des personnes souhaitant exercer leur droit d'opposition conformément à l'article 92 du décret du 20 octobre 2005 pris pour application de la loi Informatique et Libertés, modifiée. Elles seront détruites après vérification des identités.*